

Seguro de Salud Integrado de Kentucky (KI-HIPP)

Solicitud para programa de pago de prima



KIHIPP-100

Medicaid puede ayudar a las personas y familias elegibles a pagar por otra cobertura de salud que le ofrece su empleo, COBRA, Seguro de Mineros Unidos o Plan de Salud para Jubilados. El programa Medicaid que puede ayudar a pagar los costos de su prima se llama “Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud Integrado de Kentucky (KI-HIPP)”. Complete este formulario si usted (“Titular primario de la póliza”) tiene un ofrecimiento de cobertura de seguro de salud. Use las instrucciones para el Formulario de solicitud de KI-HIPP en benefind.ky.gov para ayudarle a completar este formulario.

Paso 1: Denos información sobre usted: Información sobre titular primario de la póliza

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido
2. Número de Seguro Social	3. Fecha de nac. (MM/DD/AAAA) ____/____/____	4. ID de Medicaid (si lo conoce)
5. Dirección del hogar		
6. Ciudad	7. Estado	8. Código postal
9. Correo electrónico	10. Teléfono	

Paso 2: Denos información sobre el seguro de salud o beneficios de COBRA que la persona en el Paso 1 puede recibir

11. Nombre de la empresa de seguro de salud	12. Nombre del plan
13. ID de póliza	14. ID del grupo (si lo conoce)
15. ¿Cuál es la fecha de inicio de la cobertura? (MM/DD/AAAA) ____/____/____	16. ¿Cuál es la fecha de fin de la cobertura? (MM/DD/AAAA) ____/____/____ (si la conoce)
17. ¿Es seguro COBRA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	18. ¿Consume tabaco? (esta pregunta no afecta su cobertura Medicaid)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Paso 3: Denos información sobre el empleador u otro lugar que ofrece el seguro de salud o COBRA

19. Nombre	20. Número de identificación del empleador (EIN) (si lo conoce)	
21. Otro nombre (si corresponde)		
22. Dirección		
23. Ciudad	24. Estado	25. Código postal
26. Nombre de contacto de empleador/tipo de empresa	27. Teléfono de contacto de empleador/tipo de empresa	
28. Email de contacto de empleador/tipo de empresa		

Paso 4: Además, denos información sobre los datos de su seguro dental o de visión, solo si usted está inscrito/a

29. Nombre de la empresa de seguro dental	30. Nombre del plan
31. ID de póliza	32. Número de grupo (si lo conoce)
33. ¿Cuál es la fecha de inicio de la cobertura? (MM/DD/AAAA) ____/____/____	34. ¿Cuál es la fecha de fin de la cobertura? (MM/DD/AAAA) ____/____/____ (si la conoce)

35. Nombre de empresa de seguro de visión	36. Nombre del plan
37. ID de póliza	38. Número de grupo (si lo conoce)
39. ¿Cuál es la fecha de inicio de la cobertura? (MM/DD/AAAA) ____/____/____	40. ¿Cuál es la fecha de fin de la cobertura? (MM/DD/AAAA) ____/____/____ (si la conoce)

Paso 5: ¿Qué otras personas tienen cobertura en su seguro?

Cónyuge	
a. Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	b. Número de Seguro Social (SSN)
c. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____	d. ID de Medicaid (si lo conoce)
e. Fecha de inicio de cobertura (si la conoce) ____/____/____	f. Fecha de fin de cobertura (si la conoce) ____/____/____
g. ¿Consumo tabaco? (esta pregunta no afecta su cobertura Medicaid)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dependiente 1	
a. Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	b. Número de Seguro Social (SSN)
c. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____	d. ID de Medicaid (si lo conoce)
e. Relación con el/la empleado/a Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro	
f. Fecha de inicio de cobertura (si la conoce) ____/____/____	g. Fecha de fin de cobertura (si la conoce) ____/____/____
h. ¿Consumo tabaco? (esta pregunta no afecta su cobertura Medicaid)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dependiente 2	
a. Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	b. Número de Seguro Social (SSN)
c. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____	d. ID de Medicaid (si lo conoce)
e. Relación con el/la empleado/a Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro	
f. Fecha de inicio de cobertura (si la conoce) ____/____/____	g. Fecha de fin de cobertura (si la conoce) ____/____/____
h. ¿Consumo tabaco? (esta pregunta no afecta su cobertura Medicaid)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dependiente 3	
a. Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	b. Número de Seguro Social (SSN)
c. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____	d. ID de Medicaid (si lo conoce)
e. Relación con el/la empleado/a Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro	
f. Fecha de inicio de cobertura (si la conoce) ____/____/____	g. Fecha de fin de cobertura (si la conoce) ____/____/____
h. ¿Consumo tabaco? (esta pregunta no afecta su cobertura Medicaid)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Dependiente 4	
a. Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	b. Número de Seguro Social (SSN)
c. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____	d. ID de Medicaid (si lo conoce)
e. Relación con el/la empleado/a Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro	
f. Fecha de inicio de cobertura (si la conoce) ____/____/____	g. Fecha de fin de cobertura (si la conoce) ____/____/____
h. ¿Consumo tabaco? (esta pregunta no afecta su cobertura Medicaid)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Si tiene más de 4 dependientes, use el Apéndice A para brindar más información sobre su hogar.

Autorización

26. Firma del miembro y fecha

- Firmo este formulario bajo pena de perjurio, lo que significa que he dado respuestas verdaderas a todas las preguntas en este formulario, incluido el apéndice, según mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a sanciones según la ley federal si doy información falsa y/o incorrecta.
- Sé que tengo que informar al Departamento de Servicios de Medicaid (DMS) si la información que ingresé en este formulario cambia, en un plazo de 30 días a partir del cambio. Puedo visitar benefind.ky.gov o llamar al 855-459-6328 para informar sobre cualquier cambio.
- Sé que según la ley federal, no está permitida la discriminación en base a raza, color, nacionalidad, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación en www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Entiendo que mi elegibilidad para Medicaid no se verá afectada por mi estatus de consumo de tabaco. Si mi plan no es elegible para KI-HIPP, puedo recibir Medicaid.
- Entiendo que el Departamento de Servicios de Medicaid comprobará mis respuestas usando información en bases de datos del Servicios de Rentas Internas (IRS), Administración del Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional y/u otras fuentes confiables. Si la información no coincide, se me puede pedir que envíe comprobantes.

Si soy elegible para el Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud Integrado de Kentucky:

- Entiendo que si el Programa de Pago de Pago de Primas de Seguro de Salud Integrado de Kentucky paga por un gasto médico, cualquier pago de otro seguro de salud o acuerdos legales será para Medicaid, según corresponda, para reembolso por el gasto.
- Entiendo que se puede revisar mi formulario de cobertura de salud para asegurar que la elegibilidad se haya determinado correctamente. Si se revisa mi formulario, debo cooperar con la revisión.

Firma	Fecha (MM/DD/AAAA) ____/____/____
-------	--------------------------------------

Si necesita ayuda con su formulario o para completarlo más rápidamente en internet, vaya a benefind.ky.gov o llame al 855-459-6328. Puede cargar los documentos en benefind.ky.gov, o enviarlos a:

Dirección de KI-HIPP: CHFS KI-HIPP Unit
275 E. Main St., 6C-A
Frankfort, KY 40621

Fax: 502-564-3232

Email: KIHIPPPROGRAM@KY.GOV

Paso 6: Envíe los documentos requeridos para cada ofrecimiento de seguro de salud:

- Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, en inglés):
- Certificado de cobertura, comprobante de exclusión de plan o documento del plan.
- Comprobante de pago de primas de seguro de salud, si está disponible.
- Hoja de tarifas de prima. Puede encontrar esto en sus materiales de inscripción.

Apéndice A: Dependientes adicionales

Si usted tiene más de cuatro (4) dependientes que tienen acceso a cobertura de salud bajo su seguro, por favor, complete este formulario todas las veces que sea necesario para reflejar todos los miembros del hogar que se puedan cubrir.

Información abreviada sobre titular primario de la póliza

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido
2. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	3. ID de Medicaid (si lo conoce)	

Información abreviada de empleador/tipo de empresa

Proporcione la siguiente información para que podamos hacer coincidir estos dependientes adicionales con la información existente que ya tenemos que se proporcionó antes.

4. Nombre del empleador/Tipo de empresa	
5. Ciudad	6. Estado

¿Qué otras personas tienen cobertura en su seguro?

Dependiente N.º	
a. Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	b. Número de Seguro Social (SSN)
c. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____	d. ID de Medicaid (si lo conoce)
e. Relación con el/la empleado/a Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro	
f. Fecha de inicio de cobertura (si la conoce) ____/____/____	g. Fecha de fin de cobertura (si la conoce) ____/____/____
h. ¿Consume tabaco? (esta pregunta no afecta su cobertura Medicaid)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Dependiente N.º	
i. Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	j. Número de Seguro Social (SSN)
k. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____	l. ID de Medicaid (si lo conoce)
m. Relación con el/la empleado/a Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro	
n. Fecha de inicio de cobertura (si la conoce) ____/____/____	o. Fecha de fin de cobertura (si la conoce) ____/____/____
p. ¿Consume tabaco? (esta pregunta no afecta su cobertura Medicaid)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Dependiente N.º	
q. Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	r. Número de Seguro Social (SSN)
s. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____	t. ID de Medicaid (si lo conoce)
u. Relación con el/la empleado/a Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro	
v. Fecha de inicio de cobertura (si la conoce) ____/____/____	w. Fecha de fin de cobertura (si la conoce) ____/____/____
x. ¿Consume tabaco? (esta pregunta no afecta su cobertura Medicaid)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Apéndice B: Otra cobertura de seguro

Si usted tiene más de un ofrecimiento de seguro, por favor, complete este formulario por cada ofrecimiento adicional de seguro de salud.

Paso 1: Información abreviada sobre titular primario de la póliza

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido
2. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	3. ID de Medicaid (si lo conoce)	

Paso 2: Denos información sobre el seguro de salud o beneficios de COBRA que la persona en el Paso 1 puede recibir

4. Nombre de la empresa de seguro de salud	5. Nombre del plan
6. ID de póliza	7. Número de grupo (si lo conoce)
8. ¿Cuál es la fecha de inicio de la cobertura? (MM/DD/AAAA) ____/____/____	9. ¿Cuál es la fecha de fin de la cobertura? (MM/DD/AAAA) ____/____/____ (si la conoce)
10. ¿Es seguro COBRA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Paso 3: Denos información sobre el empleador u otro lugar que ofrece el seguro de salud o COBRA

11. Nombre/Tipo de empresa	12. Número de identificación del empleador (EIN) (si lo conoce)	
13. Otro nombre (si corresponde)		
14. Dirección		
15. Ciudad	16. Estado	17. Código postal
18. Nombre de contacto de empleador/tipo de empresa	19. Teléfono de contacto de empleador/tipo de empresa	
20. Email de contacto de empleador/tipo de empresa		

Paso 4: Además, denos información sobre los datos de su seguro dental o de visión, solo si usted está inscrito/a

21. Nombre de la empresa de seguro dental	22. Nombre del plan
23. ID de póliza	24. Número de grupo (si lo conoce)
25. ¿Cuál es la fecha de inicio de la cobertura? (MM/DD/AAAA) ____/____/____	26. ¿Cuál es la fecha de fin de la cobertura? (MM/DD/AAAA) ____/____/____ (si la conoce)
27. Nombre de empresa de seguro de visión	28. Nombre del plan
29. ID de póliza	30. Número de grupo (si lo conoce)
31. ¿Cuál es la fecha de inicio de la cobertura? (MM/DD/AAAA) ____/____/____	32. ¿Cuál es la fecha de fin de la cobertura? (MM/DD/AAAA) ____/____/____ (si la conoce)

Paso 5: ¿Qué otras personas tienen cobertura en su seguro?

Cónyuge	
h. Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	i. Número de Seguro Social (SSN)
j. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____	k. ID de Medicaid (si lo conoce)
l. Fecha de inicio de cobertura (si la conoce) ____/____/____	m. Fecha de fin de cobertura (si la conoce) ____/____/____
Dependiente 1	
i. Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	j. Número de Seguro Social (SSN)
k. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____	y. ID de Medicaid (si lo conoce)
l. Relación con el/la empleado/a Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro	
m. Fecha de inicio de cobertura (si la conoce) ____/____/____	n. Fecha de fin de cobertura (si la conoce) ____/____/____
Dependiente 2	
i. Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	j. Número de Seguro Social (SSN)
k. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____	l. ID de Medicaid (si lo conoce)
m. Relación con el/la empleado/a Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro	
n. Fecha de inicio de cobertura (si la conoce) ____/____/____	o. Fecha de fin de cobertura (si la conoce) ____/____/____
Dependiente 3	
i. Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	j. Número de Seguro Social (SSN)
k. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____	p. ID de Medicaid (si lo conoce)
l. Relación con el/la empleado/a Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro	
m. Fecha de inicio de cobertura (si la conoce) ____/____/____	n. Fecha de fin de cobertura (si la conoce) ____/____/____
Dependiente 4	
i. Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	j. Número de Seguro Social (SSN)
k. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____	q. ID de Medicaid (si lo conoce)
l. Relación con el/la empleado/a Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro	
m. Fecha de inicio de cobertura (si la conoce) ____/____/____	n. Fecha de fin de cobertura (si la conoce) ____/____/____

Si tiene más de 4 dependientes, use el Apéndice A para brindar más información sobre su hogar.